ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 23–20

Date de publication : 15 octobre 1997

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

		Pagination officielle :
INTOXICATION ALIMENTAIRE À LA CIGUATERA RELIÉE À L'INGESTION DE BARRACUDA DANS UN RESTAURANT DE MONTRÉAL —QUÉBEC	F-1	153 – 156
TRANSMISSION DU VIRUS DE L'HÉPATITE C ASSOCIÉE À DES PERFUSIONS ADMINISTRÉES À DOMICILE À DES HÉMOPHILES	F-3	156 – 159
ANNONCE	F-5	159 – 160
ERRATUM	F-5	160

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

INTOXICATION ALIMENTAIRE À LA CIGUATERA RELIÉE À L'INGESTION DE BARRACUDA DANS UN RESTAURANT DE MONTRÉAL — QUÉBEC

L'intoxication alimentaire à ciguatera est causée par l'ingestion de poissons carnivores contaminés par une toxine élaborée par un dinoflagellé appelé *Gambierdiscus toxicus*. Cette toxine s'accumule au long de la chaîne alimentaire et les poissons carnivores les plus souvent incriminés sont : le barracuda, le vivaneau, le mérou, le poisson chirurgien et la sériole.

La plupart des cas ont été rapportés chez des touristes canadiens ayant mangé du poisson dans les Caraïbes. Les poissons impliqués étaient le mérou en République Dominicaine[1,2], le «kingfish» en Jamaïque et le barracuda en Haïti[3]. Une casserole de poisson a été la source d'une intoxication à la ciguatera chez 57 personnes lors d'un voyage à Cuba[4]. Des intoxications ont été signalées au Canada par suite de l'importation de certains poissons. Du barracuda séché rapporté de Jamaïque en 1983 et du vivaneau importé, acheté dans un marché de l'Ontario, étaient les sources identifiées[5]. Nous décrivons ici une intoxication à la ciguatera chez cinq clients qui ont mangé du barracuda dans un restaurant de Montréal. À notre connaissance, il s'agit de la première éclosion du genre à survenir au Québec.

Le 11 novembre 1996, le restaurant en question affiche à son menu du barracuda cuit au four et servi avec des légumes et un concassé de tomates. Le poisson a été apprêté de la même façon pour tous les cas et mangé pour le repas du midi. Les cinq cas ont été malades la journée même du repas. Le 21 novembre 1996, l'Unité maladie infectieuse (UMI) de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre a été avisée par un médecin d'une intoxication alimentaire à ciguatera chez deux personnes ayant consommé du barracuda dans un restaurant.

Cas n° 1

Il s'agit d'une patiente de 34 ans qui a mangé le barracuda vers 12 h 30. Vers 15 heures, la cliente a présenté des vomissements et de la diarrhée. Simultanément des symptômes neurologiques sont apparus: paresthésies sous la forme d'engourdissement au niveau des mains et des pieds, prurit et une sensibilité à l'air, décrite comme une sensation de brûlure cutanée au contact de l'air ambiant. La patiente avait aussi l'impression d'avoir la tête légère et d'être sur le point de perdre conscience, et que ses fonctions mentales étaient ralenties (p. ex., oubli de mots, du nom d'objets et inversion de mots). Le lendemain, elle avait des frissons et, 2 jours plus tard, des arthralgies localisées aux genoux. Le 12 novembre, elle présentait une inversion des sensations du froid et de la chaleur. La patiente a été traitée pour ses symptômes de prurit avec du chlorhydrate de diphenhydramine (Bénadryl®) avec un résultat mitigé.

Cas n° 2

Un homme de 65 ans a mangé le barracuda vers midi. Ses premiers symptômes, diarrhée accompagnée de frissons, sont apparus vers 17 h 30. Le patient s'est traité avec du lopéramide (Imodium®) et 24 heures plus tard ses symptômes se sont estompés. Quatre jours plus tard, il présentait des signes de prurit, principalement au niveau des mains et des pieds et une inversion des sensations du froid et de la chaleur. Il a aussi remarqué une éruption cutanée aux mains, aux pieds et aux organes génitaux, et que ses symptômes avaient été exacerbés après le repas du soir où il consomme habituellement un verre de vin. Il a cessé de consommer de l'alcool et ses symptômes de prurit se sont grandement améliorés. La sensation du toucher à l'extrémité de ses doigts et à la plante de ses pieds lui donnait l'impression de toucher constamment de la soie.

Cas n° 3

Il s'agit d'une femme de 41 ans ayant consommé son repas vers 13 h 15. Les symptômes ont débuté vers 15 h 30 et consistaient principalement en brûlure épigastrique, en vomissements abondants, en diarrhée, en douleurs abdominales, en frissons et en dyspnée. Pendant la soirée, la patiente a obtenu une consultation médicale dans une clinique. Elle a présenté une chute de pression

2007-02737/

artérielle et une perte de conscience. La patiente n'a pas été hospitalisée. Le 12 novembre elle présentait une sensation de prurit aux mains, aux pieds et à la tête, de même qu'une inversion de la sensation du chaud et du froid. À l'ingestion, l'eau lui semblait pétillante. Les autres symptômes rapportés étaient des nausées, de la faiblesse, des spasmes musculaires et une sensation de tête légère.

Cas n° 4

La patiente, âgée de 31 ans, a mangé avec le cas n° 5 vers 14 h 15. Vers 17 h 15 elle présentait des vomissements, de la diarrhée, des céphalées et une sensation de tête légère. Le 12 novembre, elle ressentait une paresthésie au niveau des doigts et des pieds ainsi qu'une inversion de la sensation du froid et de la chaleur. De surcroît, lorsque ses mains, sa bouche ou sa langue entraient en contact avec un objet froid ou de l'eau froide, elle éprouvait une sensation de piqûre. Elle a aussi souffert de prurit, de crampes musculaires aux membres inférieurs et d'une sensation de pesanteur aux membres inférieurs et supérieurs. Les autres symptômes rapportés étaient des nausées et de la fatigue.

Cas n° 5

Il s'agit d'un patient de 44 ans qui a pris son repas avec le cas n° 4 vers 14 h 15 et dont les symptômes ont débuté vers 17 h 30. Le premier symptôme était de la diarrhée. Vers 20 h, des nausées sont apparues ainsi que des frissons. Le patient a commencé à présenter une inversion de la sensation du chaud et du froid et un prurit localisé aux mains et aux pieds pendant la soirée. Il était incapable de se tenir debout et il a présenté un épisode de diaphorèse importante avec une sensation de tête légère. Les techniciens ambulanciers ont été appelés. À leur arrivée, le patient avait un pouls variant entre 35 et 40 battements par minute. Il a reçu de l'oxygène et une médication intraveineuse, puis a été transféré à l'hôpital où il a été gardé en observation pendant 48 heures afin d'éliminer toute possibilité de pathologie cardiaque ischémique. Une épreuve d'effort effectuée après son congé a donné un résultat négatif. Par ailleurs, le patient a présenté une vision trouble, une faiblesse importante des membres inférieurs, des douleurs aux dents et au visage, ainsi que de la dysphagie et une sensation de tête légère.

Sommaire

La moyenne d'âge des clients atteints était de 40,3 ans (intervalle : 31 à 65 ans). Les premiers symptômes étaient gastro-intestinaux dans 100 % des cas et neurologiques dans 20 %. Un seul cas a présenté simultanément les deux types de symptômes. Le temps d'incubation moyen était de 3 heures et 5 minutes (intervalle de 1 h 45 à 5 h). Cinq personnes ont mangé du barracuda à ce restaurant et toutes ont été malades. Le taux d'atteinte a été de 100 %. Quatre clients ont pu être contactés à nouveau 6 mois après leur intoxication alimentaire afin de vérifier s'ils présentaient toujours des symptômes. L'inversion de la sensation du froid et du chaud s'est résorbée après une période de 2 à 4 mois chez les personnes contactées. Une personne disait avoir, de façon intermittente et spontanée, une sensation de brûlure au contact de l'air ainsi que du prurit (cas n° 1). Une autre n'a plus présenté de symptômes après la première attaque (cas n° 2). Une autre déclarait avoir des myalgies au moment de l'appel (cas n° 3). Une dernière enfin signalait un prurit après consommation d'alcool et de certains aliments (fromage et certaines viandes); cette même cliente a aussi mentionné de l'insomnie, des étourdissements et des douleurs à la mâchoire (cas n° 4).

Enquête alimentaire

Un client a contacté le restaurant en question pendant l'après-midi du 11 novembre pour signaler qu'il avait présenté des symptômes gastro-intestinaux quelques heures après avoir mangé du barracuda. Le gérant a donné l'ordre de jeter immédiatement tout le poisson. Le matin du 22 novembre, une inspectrice de la division de l'inspection des aliments de la Communauté urbaine de Montréal, avisée par l'UMI, s'est rendue au restaurant, mais il ne restait plus de barracuda pour l'analyse. Une vérification des factures a permis de confirmer que le barracuda avait été acheté chez un grossiste à Montréal. Le Ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation a pris la relève et poursuivi l'enquête chez le fournisseur.

Le gérant du restaurant avait acheté tout le barracuda – environ 5 kg – chez un grossiste de Montréal. Ce dernier s'était approvisionné chez un second grossiste à Montréal, dont la maison mère est située en Ontario. Le poisson avait été acheté d'un grossiste américain, situé en Géorgie, le 31 octobre. Le poisson faisait partie d'un important lot de poissons variés qui comptait 216 kg de barracuda, dont 5 kg sont allés à Montréal et le reste en Ontario, pour y être vendu à l'état frais. Ce poisson importé était déjà coupé et il a été impossible de retracer les morceaux vendus en Ontario. Il n'a pas été possible non plus de remonter la chaîne d'importation de façon précise. Après avoir interrogé les différents grossistes, il est toutefois apparu que les travailleurs de l'industrie du poisson étaient informés du risque d'intoxication alimentaire à la ciguatera associée à certains poissons tropicaux. Ils savent en outre que ces poissons doivent être importés de régions non coralliferes, étant donnée que *Gambierdiscus toxicus* croît sur les récifs coralliens.

Discussion

Les symptômes présentés par les clients du restaurant sont typiques d'une intoxication alimentaire à ciguatera[6]. La toxine est thermostable et n'est donc pas détruite par la cuisson ou d'autre méthode de traitement du poisson. Elle est inodore et ne change ni le goût ni l'apparence du poisson. Il est donc impossible de savoir facilement si un poisson est contaminé par la ciguatera.

On peut prévenir ce type d'intoxication alimentaire en informant les consommateurs des risques d'intoxication à la ciguatera associée à certaines espèces de poisson. Les espèces les plus à risque devraient être évitées. Si l'on désire quand même manger ces poissons, il est très important de ne pas manger les variétés de grosse taille, comme le barracuda. En règle générale, les gros poissons carnivores à maturité, situés au sommet de la chaîne alimentaire ou tout près, risquent davantage d'être contaminés par la ciguatoxine et d'en contenir en quantité élevée.

Actuellement, aucune réglementation ne restreint l'importation de barracuda au Canada[7]. Le programme fédéral de gestion de la qualité à l'intention des importateurs étudie actuellement les concentrations de ciguatoxines dans les poissons tropicaux importés. Les lots de poisson contaminés se verront refuser l'entrée au Canada (Y. Roy, Agence canadienne d'inspection des aliments (Montréal) : communication personnelle, 1997).

Conclusion

L'intoxication alimentaire à ciguatera est habituellement signalée chez les voyageurs. Cependant il est possible d'être exposé à cette toxine et de présenter des symptômes même s'il n'y a pas eu de séjour à l'étranger. En présence d'une symptomatologie pathognomonique mettant en cause l'inversion des sensations de

froid et de chaleur, un diagnostic d'intoxication à la ciguatera devrait être invoqué et ce, même en l'absence d'antécédents de voyage.

Remerciements

Nous tenons à remercier le Dr Robert Allard pour la révision du manuscrit.

Références

1. Bourgault AM, Todd E. *Intoxication de type ciguatera contractée en République Dominicaine – Québec*. RHMC 1985;11:151-52.
2. Todd E. *Toxi-infection alimentaire de type ciguatera : poussée chez des touristes canadiens en République Dominicaine*. RHMC 1986;12:73-75.
3. Wittes RC, MacLean JD. *Toxi-infection de type ciguatera et résultats neurologiques – quatre autre cas probables au Canada*. RHMC 1984;10:202-04.
4. Frenette C, MacLean JD, Gyorkos TW. *A large common-source outbreak of ciguatera fish poisoning*. J Infec Dis 1988;158:1128-31.
5. Todd E. *Intoxications par les coquillages et les poissons au Canada, 1972-1983*. RHMC 1984;10:21-24.
6. Bagnis R, Kuberski T, Laugier S. *Clinical observation on 3,009 cases of ciguatera (fish poisoning) in the South Pacific*. Am J Trop Med Hyg 1979;28:1067-73.
7. Direction de l'inspection, Agence canadienne d'inspection des aliments, Ministre des Pêches et Océans. *Guide des exigences règlementaires et des méthodes d'inspection canadiennes pour le poisson importé*. Ottawa (Ont.) : Direction de l'inspection, Agence canadienne d'inspection des aliments, Ministre des Pêches et Océans, 1997.

Source : *Dre A Bruneau, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Dr S Mahanty, Dr T Al-Azraqui, Dr J MacLean, Montreal General Hospital, M Bourque, DMV, Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, F Desroches, Communauté urbaine de Montréal, Montréal (PQ).*

Notes internationales

TRANSMISSION DU VIRUS DE L'HÉPATITE C ASSOCIÉE À DES PERFUSIONS ADMINISTRÉES À DOMICILE À DES HÉMOPHILES

La transmission du virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres virus transmissibles par le sang entre les membres d'un ménage qui ne sont pas des partenaires sexuels résulte probablement d'une exposition percutanée ou périmuqueuse inapparente, telle que le partage d'articles susceptibles d'être contaminés par des quantités microscopiques de sang. Le risque de transmission de l'infection à des membres du ménage lors de contacts autres que sexuels est extrêmement faible, et il n'existe aucun cas documenté de transmission de ce type[1]; les expositions percutanées directes (p. ex., usage de drogues injectables) sont considérées comme le principal facteur de risque d'infection[1]. Le présent rapport résume les résultats d'une enquête portant sur un nouveau cas d'infection à VHC chez un enfant hémophile, qui a été effectuée après qu'une enquête préliminaire eut détecté une infection à VHC chez plusieurs membres de la famille. Il semblerait que l'enfant ait contracté l'infection par suite d'une exposition percutanée au sang infecté de sa mère lors d'une perfusion de concentré de facteur de coagulation.

Le 12 septembre 1996, un cas de séroconversion anticorps (anti-VHC) chez un enfant de 4 ans présentant une carence modérée en facteur VIII a été signalé au *Seroconversion Surveillance Project*, système de surveillance tenu conjointement par la *Food and Drug Administration*, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) et la *National Hemophilia Foundation*. L'enfant présentait des anticorps anti-VHC le 29 août 1996, après avoir obtenu des résultats négatifs en juin 1994 et en août 1995. Le sérum prélevé le même jour (29 août) ne contenait pas d'anticorps dirigés contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Sauf durant les 14 jours qui ont suivi sa naissance, l'enfant a toujours reçu du concentré de facteur de coagulation obtenu par combinaison génétique pour le traitement d'hémorragies épisodiques.

L'anticorps anti-VHC a été mis en évidence dans des échantillons de sérum prélevés chez six membres du ménage, notamment chez la mère du patient, un frère plus âgé et une tante qui avait passé 6 semaines avec la famille en septembre et octobre 1995. La mère et la tante s'étaient déjà injecté des drogues illicites, mais n'avaient jamais subi auparavant de test de détection des anticorps anti-VHC. Le frère, âgé de 11 ans, souffrait d'une carence modérée en facteur VIII et était porteur de l'anticorps anti-VHC lorsqu'il a subi pour la première fois un test en 1992.

Jusqu'en novembre 1994, l'enfant a été traité pour des hémorragies épisodiques au service local des urgences, où on lui a administré du concentré de facteur de coagulation recombinant apporté de la maison. À partir de novembre 1994, la mère a commencé à administrer du concentré de facteur de coagulation à son fils à la maison après avoir reçu une formation d'une infirmière à l'emploi d'une entreprise de service de soins à domicile. Le suivi a consisté en une visite annuelle à un centre de traitement de l'hémophilie. Entre février 1995 et juin 1996, période où l'enfant a probablement contracté l'infection, sa mère lui a administré du concentré de facteur VIII à 13 reprises. Elle a déclaré que jusqu'en mai 1996, trois autres personnes devaient l'aider pour contenir l'enfant durant les perfusions parce que celui-ci était agressif et résistait au traitement. Le produit était habituellement perfusé par une veine au niveau du pied, car elles avaient eu de la difficulté à trouver une veine à l'avant-bras, et il fallait jusqu'à 3 heures pour pratiquer la perfusion. La mère s'est rappelée s'être piqué le doigt avec une aiguille à au moins deux occasions au moment de mettre en route la perfusion et avoir perdu une quantité visible de sang, mais elle ne se souvenait pas si elle avait continué d'utiliser la même aiguille pour la perfusion. Avant d'apprendre en septembre 1996 qu'elle était infectée par le VHC, elle ne portait pas de gants lorsqu'elle administrait du concentré de facteur de coagulation. Aucun autre membre de la famille ne l'aidait à administrer les concentrés de facteur.

La mère et l'enfant dormaient dans le même lit. Tous les membres de la famille avaient leur propre brosse à dents, mais

partageaient les serviettes de bain. Aucun d'entre eux ne présentait de dermatite, de plaie ouverte, de blessure ou d'hémorragie externe et tous niaient avoir souffert de ces troubles récemment.

Le séquençage des souches de VHC chez l'enfant et les membres de la famille infectés a révélé que la souche isolée chez la mère et l'enfant possédait la même séquence de 220 nucléotides dans les régions NS5b du génome. Les séquences virales des souches isolées chez la tante et le frère présentaient, respectivement, quatre et 10 nucléotides différents dans cette région, par rapport à la souche isolée chez l'enfant.

Note de la rédaction du MMWR

Les résultats de l'enquête décrite dans le présent rapport laissent entendre que l'enfant a contracté l'infection à VHC par suite d'une exposition percutanée au sang infecté de sa mère durant l'administration de concentré de facteur de coagulation. La mère était responsable d'administrer ce traitement et a déclaré s'être piquée avec une aiguille durant certaines de ces perfusions. L'utilisation d'une aiguille contaminée pour administrer une perfusion ou encore la contamination du point de perfusion ont pu entraîner un contact de sang à sang. En outre, l'analyse des séquences des segments contenus dans les souches de VHC isolées chez la mère et l'enfant a montré que ces souches étaient étroitement apparentées. Comme on ne possède aucune donnée sur le moment où la mère a contracté l'infection, on ne peut exclure la possibilité que l'enfant ait été infecté par une autre source non connue et qu'il ait ensuite infecté sa mère. Il reste que la mère s'est injecté des drogues pendant une longue période avant la naissance de l'enfant et qu'elle peut avoir contracté une infection à VHC lors du partage d'aiguilles et de seringues. Comme le révèlent les enquêtes, jusqu'à 90 % des personnes qui ont fait un usage prolongé de drogues injectables possèdent des anticorps anti-VHC[1].

La prévalence des anticorps anti-VHC dépasse 90 % chez les hémophiles qui ont reçu d'importantes perfusions de concentré de facteur de coagulation avant l'application de méthodes d'inactivation virale[1]. L'innocuité des concentrés de facteur de coagulation dérivés du plasma a été améliorée grâce à l'adoption de différentes mesures, notamment la détection des marqueurs sérologiques des pathogènes transmissibles par le sang dans les dons de plasma utilisés pour la fabrication de ces concentrés ainsi que l'utilisation de techniques d'inactivation virale (p. ex., traitement par la chaleur, pasteurisation et traitement solvant détergent)[2]. Aucun cas de transmission du VHC ou d'autres agents viraux n'a été signalé chez des personnes qui avaient reçu des concentrés de facteur issus du génie génétique ou de l'albumine, le seul produit dérivé du plasma humain présent dans ces produits obtenus par recombinaison génétique[3,4]. Compte tenu de ces faits, il est peu probable qu'un concentré de facteur de coagulation soit la source d'infection dans le cas décrit ci-dessus parce que l'enfant avait reçu seulement des produits recombinants durant la période où il aurait pu contracter l'infection.

La perfusion à domicile est une modalité thérapeutique plus commode et plus économique que le traitement de l'hémophilie en milieu hospitalier[5]. Toutefois, si l'on ne suit pas les règles appropriées de lutte contre l'infection, les patients et les membres de la famille peuvent être exposés à des agents pathogènes transmissibles par le sang durant les perfusions à domicile. Dans une étude, 18 % des membres de la famille qui participaient à l'administration de perfusions à des hémophiles infectés par le VIH déclaraient s'être piqués au moins une fois avec une aiguille[6], et une infection à VIH a été contractée après une exposition percutanée durant le traitement à domicile du syndrome d'immunodéficience acquise[7] et de l'hémophilie[8].

Les CDC recommandent que les patients qui peuvent recevoir des perfusions à domicile et leur famille soient informés des risques potentiels d'infection par des agents pathogènes transmissibles par le sang et qu'on évalue dans quelle mesure ils sont capables d'utiliser continuellement des techniques adéquates de lutte contre l'infection. Les patients et leur famille devraient participer à un programme standard de formation qui traite des techniques appropriées de lutte contre l'infection avant d'initier les perfusions à domicile, et ces techniques devraient être régulièrement évaluées lors de visites de contrôle effectuées au domicile des patients par des professionnels de la santé ayant reçu une formation pertinente. Il n'est pas recommandé d'effectuer des tests systématiques de détection des pathogènes transmissibles par le sang chez les soignants; tous les soignants devraient prendre les précautions universelles recommandées pour les personnes qui administrent des produits sanguins. Toute personne qui prépare ou administre des produits sanguins et qui s'occupe de l'élimination du matériel de perfusion et des déchets devrait porter des gants. Si on se pique avec une aiguille, il ne faut pas la réutiliser et les aiguilles usagées ne devraient pas être recapuchonnées. Ces dernières devraient être déposées dans des contenants réservés aux objets pointus ou tranchants et placés dans un endroit inaccessible aux enfants. Les blessures par piqûre d'aiguille qui surviennent durant les perfusions à domicile devraient être signalées aux professionnels de la santé chargés de superviser le traitement à domicile. Tous les contacts familiaux et sexuels des patients atteints d'une infection du virus de l'hépatite B chronique devraient recevoir le vaccin contre l'hépatite B.

Références

1. Alter MJ. *Epidemiology of hepatitis C in the West*. Semin Liv Dis 1995;15:5-14.
2. Kasper CK, Lusher JM, Transfusion Practices Committee. *Recent evolution of clotting factor concentrates for hemophilia A and B*. Transfusion 1993;33:422-34.
3. Bray GL, Gomperts ED, Courter S et coll. *A multicenter study of recombinant factor VIII (recombinate): safety, efficacy, and inhibitor risk in previously untreated patients with hemophilia A*. Blood 1994;83:2428-35.
4. Lawrence J. *Recombinate: viral safety and final product manufacturing testing and specifications*. Ann Hematol 1994;68(suppl 3):S21-S24.
5. Smith PS, Levine PH. *The benefits of comprehensive care of hemophilia: a five-year study of outcomes*. Am J Public Health 1984;74:616-17.
6. Lobato MN, Oxtoby MJ, Augustyniak L et coll. *Infection control practices in the home: a survey of households of HIV-infected persons with hemophilia*. Infect Control Hosp Epidemiol 1996;17:721-25.
7. CDC. *Human immunodeficiency virus transmission in household settings – United States*. MMWR 1994;43:347:353-56.
8. CDC. *HIV infection in two brothers receiving intravenous therapy for hemophilia*. MMWR 1992;41:228-31.

Source : *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 46, n° 26, 1997.*

Annonce

LA QUATRIÈME CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA FIÈVRE HÉMORRAGIQUE AVEC SYNDROME RÉNAL ET LES HANTAVIRUS

Atlanta (Géorgie), États-Unis du 5 au 7 mars 1998

Cette conférence, qui est organisée par les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) et d'autres commanditaires, facilitera l'échange d'information scientifique sur les questions suivantes : 1) aspects cliniques, 2) diagnostic de laboratoire, 3) pathogenèse et réponse immunitaire, 4) écologie des hantavirus, 5) épidémiologie des hantavirus, 6) biologie moléculaire et interactions cellulaires, 7) éducation sanitaire et prévention et 8) mise au point d'agents antiviraux et de vaccins. La réunion comportera des séances plénières avec des conférenciers invités ainsi que des exposés oraux et des séances d'affiches fondées sur des résumés acceptés portant sur les sujets énumérés ci-dessus.

Pour obtenir d'autres renseignements, veuillez communiquer avec **Amy Corneli, Special Pathogens Branch, CDC, 1600 Clifton Road, M/S A26, Atlanta (Géorgie) 30333; téléphone 404-639-1510; télécopieur 404-639-1509; http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hanta/hantconf.htm, courrier électronique: akc8@cdc.gov**

Cette conférence précédera la Conférence internationale sur les maladies infectieuses émergentes, qui aura lieu du 8 au 12 mars 1998 à Atlanta.

Erratum

ÉCLOSION DE CAS DE GASTRO-ENTÉRITE À *SALMONELLA ENTERITIDIS*, LYSOTYPE 8, DANS UN HÔTEL DE MONTRÉAL – Vol. 23-19, Page 148

Une ligne de texte a été omise au bas de la page. La phrase devrait se lire comme suit : Toutefois, **des trempettes à base de mayonnaise préparées à partir d'un mélange d'une** soixantaine d'oeufs crus avaient été servies les 19, 21 et 25 octobre au soir.

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D^r^ John Spika (613) 957-4243
D^r^ Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Kegnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Centre des service aux membres N° de téléphone : (613) 731-8610, poste 2307
Association médicale canadienne FAX : (613) 731-9102
1867 Promenade Alta Vista
Ottawa (Canada) K1G 3Y6

Prix par année :
Abonnement de base : 80 $ (85,60 $ TPS inclus) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel 150 $ (160,50 $ TPS inclus) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1997